Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2015–2016 Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2363

Vragen van het lid **Tanamal** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *ggz-behandelingen waar patiënten geen baat bij hebben* (ingezonden 30 maart 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 21 april 2016).

Vraag 1
Wat is uw reactie op het onderzoek van Stichting benchmark geestelijke gezondheidszorg (ggz), waaruit blijkt dat één op drie patiënten geen baat heeft bij hun ggz-behandeling voor een depressie of angststoornis?[1] Hoe duidt u deze resultaten?

Antwoord 1
Ik heb met belangstelling kennis genomen van het artikel op Zorgvisie.nl en de bijbehorende bijlage van Stichting Benchmark GGZ (SBG) zelf. Het onderzoek toont wat mij betreft de meerwaarde aan van het centraal verzamelen van (behandel)uitkomstgegevens en het vergelijken van resultaten van zorgaanbieders om op basis daarvan vervolgens de zorg te verbeteren.

Vraag 2, 3, 4
Wat zeggen deze resultaten volgens u over de kwaliteit van geleverde zorg en de uniformiteit waarmee de ggz-sector behandelt, volgens de huidige stand van de wetenschap en praktijk? Presteert de ggz-sector optimaal volgens u? Zo ja, waaruit blijkt dat? Zo nee, wat kan er beter?
Bent u voornemens om verder onderzoek te doen naar case-mix van de onderzochte instellingen, zodat goed onderbouwde uitspraken gedaan kunnen worden over de kwaliteit van ggz-zorg? Zo ja, hoe gaat u dit vormgeven en kunt de Kamer hierover berichten vóór het Algemeen overleg ggz voorzien op 26 mei 2016? Zo nee, waarom zijn de onderzoeksresultaten geen aanleiding voor u om verder onderzoek te doen?
In hoeverre vindt u de onderzoeksresultaten aanleiding om de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onderzoek te laten doen naar de kwaliteit van zorg in de instelling(en) waar slechts 35,8% van de patiënten baat heeft bij de behandeling? Zo ja, hoe wordt dat vormgegeven? Wat is volgens u de

[1] Een op drie cliënten heeft geen baat bij ggz, Zorgvisie, 29 maart 2016

ah-tk-20152016-2363
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2016

ondergrens van het aantal patiënten dat baat moet hebben bij een behandeling? Zo nee, vindt u het te tolereren als tweederde van de patiënten geen baat heeft bij hun behandeling in een bepaalde instelling terwijl andere instellingen veel beter presteren bij soortgelijke patiënten?

Antwoord 2, 3, 4
Partijen in de GGZ zijn uiterst actief om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Kwaliteitsproducten die het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz ontwikkelt dragen daaraan bij. Ze geven behandelaren houvast voor wat betreft de behandeling van een aandoening. Het kwaliteitsstatuut ggz, dat recent is opgenomen in het register van het Zorginstituut, moet eraan bijdragen dat zorgverleners volgens de geldende standaard(en) werken. Ook wordt het met het kwaliteitsstatuut voor zorgaanbieders verplicht om uitkomstgegevens te meten en aan te leveren bij SBG.
Zoals door SBG zelf al wordt vermeld moeten op basis van de in dit artikel aangehaalde resultaten geen overhaaste conclusies worden getrokken. De resultaten hebben alleen betrekking op de behandeling van Stemmings-, Angst- en Somatoforme stoornissen, bij 78 instellingen. Er zijn veel meer aanbieders en ook veel meer aandoeningen, dus deze resultaten gaan niet over alle behandelingen en niet over de hele sector. Aanvullend onderzoek door de IGZ vind ik daarom nu niet aangewezen, vooral ook omdat momenteel grote stappen worden gezet om de kwaliteit in de ggz duurzaam te verbeteren.
De resultaten bevestigen voor mij het beeld dat er sprake is van aanzienlijke praktijkvariatie in de ggz. Praktijkvariatie moet waar mogelijk worden verminderd, in die zin dat zoveel mogelijk effectieve en doelmatige zorg wordt geleverd. Inzicht in uitkomstgegevens draagt daaraan bij. Tegelijkertijd dient elke individuele patiënt een op zijn of haar situatie afgestemde behandeling te kunnen krijgen. Verschillen in behandelresultaat tussen instellingen kunnen berusten op kwaliteitsverschillen in geboden zorg, maar ook het gevolg zijn van verschillen in de samenstelling van de behandelde patiëntenpopulatie (case-mix). Dit laatste versterkt de noodzaak van een juiste case-mix-correctie. Ik vind het echter niet aan mij om nader onderzoek te doen naar de juiste case-mix-correctie. Dat is aan partijen zelf en voor zover mij bekend wordt daar door SBG ook continu aan gewerkt.
ROM is in de eerste plaats bedoeld om een behandeling te ondersteunen en een goede behandelrelatie tussen behandelaar en patiënt te bevorderen. Dat is in het belang van de cliënt. Als ROM-uitkomsten inzichtelijk maken dat een patiënt geen baat heeft bij een behandeling, moet dit voor de behandelaar aanleiding zijn om, in overleg met de patiënt, de behandeling anders in te richten (andere bewezen interventie of methode), te stoppen of naar een andere zorgverlener door te verwijzen. Het is daarom belangrijk dat uitkomstindicatoren, en in de toekomst ook criteria voor op- en afschalen of stoppen van zorg, onderdeel zijn van zorgstandaarden. En dat uitkomst- en behandelinformatie publiekelijk – en publieksvriendelijk – beschikbaar komt.
In de «Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz» hebben patiënten, aanbieders en verzekeraars afgesproken samen een website op te zetten die deze informatie moet ontsluiten. Dit vergroot voor elk van hen de handelingsperspectieven: patiënten kunnen betere keuzes maken voorafgaand en tijdens een behandeling, aanbieders kunnen hun eigen prestaties spiegelen aan die van collega's en verzekeraars hebben meer mogelijkheid om in te kopen op kwaliteit. Een dergelijk gezamenlijk initiatief en het leren op basis van onderling vergelijken acht ik een effectieve methode om de zorg te verbeteren.

Vraag 5
Wat doet de ggz-sector zelf met deze onderzoeksresultaten? In hoeverre acht u deze inspanningen voldoende? Wat zou de ggz-sector nog meer moeten doen?

Antwoord 5
Voor zover mij bekend, en zoals ook benoemd in het artikel, bespreken steeds meer aanbieders deze uitkomsten intern. Zo kunnen afdelingen en teams achterhalen waar verschillen vandaan komen en van elkaar leren.
Om dit proces te bevorderen verwacht ik dat aanbieders steeds meer uitkomstgegevens aanleveren bij SBG. Om dit te borgen is in het model

kwaliteitsstatuut opgenomen dat alle zorgaanbieders, vrijgevestigd of instelling, ROM-gegevens moeten aanleveren bij SBG. Om de administratieve belasting daarvan tot een minimum te beperken, verwacht ik dat de sector in gezamenlijkheid verder werkt aan de verbetering van het «ROM-systeem»: het moet een proces worden dat én klinisch relevant en gebruiksvriendelijk is, én waardevolle informatie genereert voor het primaire zorgproces. Secundair moet daar op een eenvoudige wijze informatie uit afgeleid kunnen worden voor een benchmark. Zo komt dezelfde informatie op twee manieren de kwaliteit van de zorg voor de patiënten ten goede.

Vraag 6
Wat doet u om de kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van de ggz-sector te bevorderen? Hebben uw inspanningen tot resultaat geleid? Zo ja, waaruit blijkt dat? Zo nee, wanneer verwacht u de eerste resultaten?

Antwoord 6
Mede naar aanleiding van de brief «Kwaliteit loont»[2], is inmiddels het model kwaliteitsstatuut ggz door de sector zelf opgesteld en opgenomen in het register van het Zorginstituut. Per 1 januari 2017 moeten alle aanbieders die curatieve geestelijke gezondheidszorg (willen) leveren binnen de Zorgverzekeringswet een op dat model gebaseerd Kwaliteitsstatuut kunnen overleggen. Die waarborgt dat aanbieders volgens geldende richtlijnen werken. Ook het verplicht ROM gegevens meten en aanleveren hoort daarbij.
Daarnaast heb ik 12 miljoen euro per jaar vrij gemaakt voor de uitvoering van de «Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz».

Vraag 7
Wat kunnen zorgverzekeraars met deze onderzoeksresultaten doen? In hoeverre kunnen deze onderzoeksresultaten door zorgverzekeraars worden gebruikt om op kwaliteit in te kopen?

Vraag 7
Wat kunnen zorgverzekeraars met deze onderzoeksresultaten doen? In hoeverre kunnen deze onderzoeksresultaten door zorgverzekeraars worden gebruikt om op kwaliteit in te kopen?

[2] Kamerstuk 31 765 nr. 116 https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31765-116.html